



# STATE OF NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH

Corning Tower The Governor Nelson A. Rockefeller Empire State Plaza Albany, New York 12237

Antonia C. Novello, M.D., M.P.H., Dr.P.H.  
*Commissioner*

Dennis P. Whalen  
*Executive Deputy Commissioner*

## AVISO SOBRE REDUCCIÓN DE BENEFICIOS INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA AQUELLAS PERSONAS QUE RECIBEN MEDICARE Y MEDICAID

**A partir del 1<sup>ero</sup> de enero de 2006, el seguro médico de Medicare pagará por la mayoría de las recetas médicas, y no el seguro de Medicaid.** Esto se debe a que el gobierno federal ha establecido un nuevo programa permanente de recetas médicas, conocido como el Programa de Recetas Médicas de Medicare, Parte D. Este programa sigue las reglas estipuladas en la Sección 1935 (d) (1) de la Ley del Seguro Social, la cual exige que el seguro de Medicaid suspenda los pagos de medicamentos al momento que Medicare comienza a hacer esos pagos.

Usted ya debe haber recibido una carta amarilla proveniente de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) con información sobre el plan de recetas médicas de Medicare que se le asignó. **Guarde esta carta puesto que contiene información importante.** Si este plan incluye cobertura de recetas, no necesita hacer nada más y puede comenzar a usarlo a partir del 1<sup>ero</sup> de enero de 2006. Si lo prefiere, puede cambiarse a otro plan. Si usted decide cambiarse a otro plan, debe hacerlo antes del 31 de diciembre de 2005. Si no lo hace, CMS le asignará un plan automáticamente. Dado que usted goza de ambos seguros médicos, Medicare y Medicaid, puede cambiar de plan cuando usted lo desee después del 1<sup>ero</sup> de enero de 2006.

Si usted no participa en el plan de medicamentos de Medicare, podría perder todos los beneficios asociados con Medicaid. Sin embargo, es posible que ciertas personas que reciben Medicare y Medicaid reciban una carta del empleador o sindicato indicándoles que si ellos se inscriben en la Parte D de Medicare, perderán las prestaciones de seguro médico patrocinadas por el empleador o sindicato. Si usted ha recibido una carta similar, puede cancelar su inscripción en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare llamando al 1-800-MEDICARE. Además, entréguele esta carta a la persona a cargo de su caso de Medicaid para que continúe recibiendo beneficios de Medicaid. En algunos casos, usted tendrá que suscribirse nuevamente en la Parte D para poder continuar recibiendo Medicaid.

El plan de recetas de Medicare le enviará información detallada sobre los servicios que ofrece, como también una tarjeta de membresía. Comenzando el 1<sup>ero</sup> de enero de 2006, usted debe presentar la tarjeta del plan de Medicare en la farmacia asociada cada vez que tenga que llenar una receta médica. Según el plan de recetas de Medicare, usted pagará una cantidad mínima de copago por receta, normalmente de un dólar (\$) a tres dólares (\$3). Medicaid ya no pagará por la mayoría de sus medicamentos ni los copagos. \*Si usted vive en una institución médica, tal como una casa de convalecencia (*nursing home*), no tendrá que hacer copagos. Medicaid continuará pagando ciertos medicamentos tales como: benzodiazepínicos, barbitúricos y ciertos medicamentos de venta libre.

Todos los planes de recetas médicas de la Parte D, establecen un procedimiento a seguir cuando el medicamento recetado no está entre los medicamentos que cubre el plan. El plan de recetas de Medicare está obligado a suministrarle, por lo menos, una cantidad mínima (normalmente lo de un mes) de las medicinas que usted actualmente toma. Si su nuevo plan de recetas de Medicare no cubre uno de los medicamentos que usted toma actualmente, favor de hablar con el profesional médico (su médico, clínica etc.). El profesional médico decidirá qué otro tipo de medicamento, similar al recetado y de entre los que sí cubre el plan, le recetará.

Si su médico decide que no se le debe de cambiar el medicamento, entonces ya sea usted o el médico, se comunicará con el plan de Medicare y solicitará una «excepción». El médico tendrá que someter datos adicionales que avalen el porqué usted necesita tomar ese medicamento en especial.

Si el plan niega la petición de hacer una excepción de medicamento, usted tiene derecho a apelar esa decisión. Comuníquese directamente con su plan o lea el manual del plan donde se le indica cómo presentar una apelación. Ya sea usted, su médico u otro representante autorizado, pueden presentar una apelación en su nombre.

En algunos casos, Medicaid (el seguro médico del Estado de Nueva York) podría pagar por los medicamentos recetados de los cuales se pidió una excepción al plan de Medicare y fue negada. De ser así, su médico se comunicará con el programa de Medicaid para confirmar que el plan de Medicare negó la excepción solicitada de un medicamento en especial. Solamente su médico puede concluir este proceso; él o ella recibirá información sobre cómo solicitar cobertura de medicamentos de Medicaid.

Aquellas personas que participan en el programa de «sobrante» de Medicaid, se darán cuenta que, al Medicare pagar por las recetas médicas, ahora tendrán más ingresos disponibles. Por lo tanto, los gastos que se pagaban directamente de su bolsillo para cosas tales como: primas de la Parte D, gastos de coseguro, deducibles o copagos, como también otros gastos médicos, ahora se pueden incluir como gastos y así cumplir con el requisito de sobrante.

Si no sabe cuál plan de medicamentos de Medicare se le asignó o si necesita ayuda para escoger otro plan, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Favor de tener a mano la tarjeta de Medicare cuando llame puesto que se le pedirá su número de identificación. Le sugerimos también tener a mano una lista de las medicinas que toma actualmente. Usuarios de TTY, llamen al 1-800-486-2048.

Si necesita información adicional llame al Centro de Información de Seguro Médico y Programa de Asistencia (HIICAP). Marque la línea directa del MRC-HIICAP al 1-800-333-4114. En la ciudad de Nueva York, el número de MRC-HIICAP es el 212-869-3850.

Usted tiene derecho a apelar si cree que la ley no aplica a su caso en particular o si usted cree que los datos que tenemos sobre usted son erróneos. Si usted solicita una apelación porque cree que la ley no aplica a su caso en particular, se tomará una decisión sin sostener una audiencia imparcial. Si desea apelar en contra de esta decisión, lea el reverso de esta carta.

## DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

**DERECHO A UNA CONFERENCIA:** Usted puede solicitar una conferencia para examinar la decisión tomada. Si desea solicitar una conferencia, hágalo lo más pronto posible. Si en base a lo tratado en la conferencia, determinamos que nuestra decisión es incorrecta o si usted nos brinda nuevos datos que apoyen el cambio en nuestra decisión, le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamando o enviando una petición por escrito al departamento local de servicios sociales. Aun cuando usted solicite una conferencia, tiene derecho a una audiencia imparcial. Si desea que continúen sus beneficios sin cambios (asistencia ininterrumpida) hasta que se toma una decisión en la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de una de las maneras a continuación. Lea a continuación para obtener información sobre audiencias imparciales.

**DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** Los cambios en la cobertura de Asistencia Médica se basan en reglas y leyes estatales. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si cree que nuestra decisión es incorrecta; no tiene derecho a una audiencia imparcial porque usted crea que la nueva regla o ley es injusta. Durante el transcurso de la audiencia, el oficial a cargo puede decidir que usted no tiene derecho a una audiencia si el único tema a tratar es el cambio en la regla o ley estatal.

**No importa en que parte del Estado de Nueva York usted resida, puede solicitar una audiencia estatal por teléfono, por fax, por internet o mandando una carta a la dirección a continuación.**

**Por teléfono:** Número de teléfono estatal libre de cobro 800-342-3334. Favor de tener a la mano esta notificación cuando llame.

**Por internet:** Rellene el formulario electrónico del siguiente sitio: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**Por escrito:** Rellene el espacio en blanco a continuación y envíe una copia de esta notificación a:

Sección de Audiencias Imparciales:  
NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Fair Hearings  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201

**Favor de quedarse con una copia.**

**Por fax:** Envíe una copia de esta notificación a (518) 473-6735.

**Si usted vive en la ciudad de Nueva York, puede hacer su petición en persona en la oficina a continuación.**

**En persona (NYC solamente):** Traiga una copia de esta notificación a: Office of Administrative Hearings, of the Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York o al 330 W. 34<sup>th</sup> Street, 3<sup>rd</sup> Fl., New York, NY.

**Deseo una audiencia imparcial.** No estoy de acuerdo con la decisión porque \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Domicilio del cliente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de caso: Número CIN: \_\_\_\_\_

### TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le informará por escrito cuándo y dónde se realizará la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo u otra persona, o de representarse a sí mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante, tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué la medida no debe hacerse efectiva, como así también, la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia. También tiene el derecho de presentar testigos que puedan avalar su caso. Se le sugiere traer todo documento que tenga, como por ejemplo, esta notificación, comprobantes de pagos salariales, recibos, facturas médicas, cuentas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc. que pueda ser de utilidad en la exposición de su caso. Si necesita un intérprete, infórmele al Estado cuando solicite la audiencia.

**CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS:** Si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en esta notificación, en algunos casos continuará recibiendo beneficios sin cambio alguno. Se suspenderán sus beneficios en espera de la decisión que se tome en la audiencia imparcial, cuando la única cuestión a tratar sean cambios en la legislación. Si la apelación es por otros motivos tales como, si los cambios la legislación atañen a su caso en particular u otros motivos, entonces sus beneficios continuarán pendiente la decisión. Sin embargo, si usted pierde en la audiencia imparcial, nosotros podemos recuperar el costo de cualquier beneficio de Asistencia Médica que usted no debería haber recibido. Si desea evitar esta posibilidad, marque el casillero que aparece más abajo, indicando que no desea que su asistencia continúe, e incluya esta página junto con su solicitud de audiencia. Si marca el casillero, la medida descripta anteriormente será tomada en la fecha de puesta en vigencia indicada más arriba.

Yo estoy de acuerdo en que se tome la medida que afectará mis beneficios de Asistencia Médica, tal como se describe en esta notificación, antes de que se dé a conocer la decisión de la audiencia imparcial.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtenerla poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal local u otra asociación de representación legal. Puede encontrar nombres de otros abogados en las Páginas Amarillas, bajo "Lawyers" (abogados).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** En preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si nos llama o nos escribe, le proporcionaremos, sin cargo, copias de los documentos contenidos en su expediente, las que también entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si usted nos llama o nos escribe, le enviaremos, sin cargo, copias de otros documentos contenidos en su archivo que usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su expediente, llame al número de teléfono de Acceso a Archivos que figura en la parte superior del anverso de esta notificación o escribanos a la dirección que figura en el mismo lugar.

Si desea obtener copias de documentos contenidos en el expediente de su caso, se le sugiere solicitarlas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso razonable de tiempo, antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted lo solicita específicamente.

**SI DESEA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SU CASO,** si desea examinar su caso, averiguar la modalidad a seguir para solicitar una audiencia imparcial o solicitar copias de su expediente, comuníquese con el departamento local de servicios sociales; en la ciudad de Nueva York, comuníquese con la oficina de Recursos Humanos de la ciudad (*Human Resources Administration*).

